

# Contribution à l'étude des relations entre les Tumeurs Inflammatoires du Cœcum et l'Amibiase

---

## THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de Montpellier  
et soutenue publiquement le 20 Juillet 1938  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Léon DULCY**

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 3 Novembre 1911, à AVIGNON (Vaucluse)

---

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. RICHE, professeur, président

PAGÈS, professeur

AIMES, agrégé

D<sup>r</sup> LAFON, chargé d'agrégation

} assesseurs



AVIGNON  
IMPRIMERIE RULLIÈRE FRÈRES  
1, rue du Collège-du-Roure

1938



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RELATIONS  
ENTRE LES TUMEURS INFLAMMATOIRES  
DU COECUM ET L'AMIBIASE



# Contribution à l'étude des relations entre les Tumeurs Inflammatoires du Cœcum et l'Amibiase

---

## THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de Montpellier  
et soutenue publiquement le 20 Juillet 1938  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Léon DULCY**

Interne des Hôpitaux d'Avignon

Né le 3 Novembre 1911, à AVIGNON (Vaucluse)

---

### EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. RICHE, professeur, président

PAGÈS, professeur

AIMES, agrégé

D<sup>r</sup> LAFON, chargé d'agrégation

} assesseurs



AVIGNON  
IMPRIMERIE RULLIÈRE FRÈRES  
1, rue du Collège-du-Roure

—  
1938

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

## Professeurs

|                                                                   |                      |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Anatomie .....                                                    | MM. J. DELMAS.       |
| Histologie .....                                                  | TURCHINI.            |
| Physiologie .....                                                 | L. HEDON.            |
| Chimie biologique et médicale et toxicologie.....                 | CRISTOL.             |
| Physique médicale .....                                           | PECH.                |
| Anatomie pathologique .....                                       | CRYNFELT.            |
| Microbiologie .....                                               | LISBONNE.            |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                        | PAGES.               |
| Thérapeutique et matière médicale.....                            | BOUDET.              |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                     | PUECH.               |
| Hygiène .....                                                     | CARRIEU.             |
| Médecine légale et médecine sociale.....                          | VIDAL.               |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique.....                | BOULET.              |
| Clinique médicale .....                                           | GIRAUD.              |
|                                                                   | RIMBAUD.             |
| Clinique chirurgicale .....                                       | MASSABUAU assesseur. |
|                                                                   | RICHE.               |
| Clinique obstétricale .....                                       | P. DELMAS.           |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses.....                  | EUZIÈRE, doyen.      |
| Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge ..... |                      |
| Clinique de dermatosyphiligraphie .....                           | LEENHARDT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....                | MARGAROT.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                    | ETIENNE.             |
| Clinique gynécologique .....                                      | JEANBRAU.            |
| Clinique ophtalmologique .....                                    | LAPEYRE.             |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                           | N..                  |
| Radiologie (ch. de c.).....                                       | TERRACOL.            |
| Anatomie (ch. de c.).....                                         | LAMARQUE.            |
| Histologie (ch. de c.).....                                       | LAUX.                |
|                                                                   | GRANEL.              |

## Honorariat

*Professeurs honoraires :*

MM. RODET, TÉDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR,  
BERTIN-SANS, GALAVIELLE, BOSCH, VIRES, VILLARD, CABANNES.

## Chargés de cours complémentaires

|                                                              |                        |
|--------------------------------------------------------------|------------------------|
| Pathologie externe .....                                     | MM. MOURGUES-MOLINES.  |
| Médecine opératoire .....                                    | SOUBEIRAN, ag. libre.  |
| Accouchements .....                                          | COLL DE CARRERA.       |
| Clinique phthisiologique .....                               | BOUDET.                |
| Pathologie médicale et clinique propédeutique médicale ..... | BAUMEL.                |
| Clinique propédeutique médicale.....                         | P. RIMBAUD.            |
| Clinique des maladies contagieuses.....                      | JANBON.                |
| Stomatologie .....                                           | D <sup>r</sup> WATON.  |
| Ophtalmologie .....                                          | DÉJEAN.                |
| Histoire naturelle médicale .....                            | D <sup>r</sup> HARANT. |
| Pathologie expérimentale .....                               | GUIBAL.                |

## Agrégés en exercice

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| Médecine ... MM. JANBON. | Chirurgie..... MM. AIMES. |
| BAUMEL.                  |                           |
| P. RIMBAUD.              | MOURGUES-MOLINES          |
| LAFON, ch. d'agr.        | GUIBAL.                   |
| BOUCOMONT, ch. d'agr.    | ROUX.                     |
|                          | MONNIER, ch. d'agr.       |
|                          | CARRÈRE.                  |
|                          | DÉJEAN.                   |

## Examineurs de la thèse

|                             |                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------|
| MM. RICHE, prof. président. | MM. AIMES, agrégé.                      |
| PAGES, professeur.          | D <sup>r</sup> LAFON, ch. d'agrégation. |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE  
LE DOCTEUR BEC

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON ONCLE  
LE DOCTEUR FORTUNÉ BEC

*Officier de la Légion d'Honneur*

Dont mon expérience actuelle, faite en grande partie de l'exemple inégalable qu'il m'a donné, m'a révélé toute l'exactitude de mes plus lointains souvenirs d'enfance, où son affectueuse et paternelle autorité me le présentait déjà comme la personnification même de l'art médical.

A TOUS LES MIENS

A M. LE DOCTEUR F. TARTANSON

*Officier de la Légion d'Honneur  
Chirurgien en chef des Hôpitaux d'Avignon*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a au cours de notre internat, prodigué ses conseils éclairés et affectueux. Qu'il trouve ici le témoignage de notre gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. RICHE

*Professeur de Clinique Chirurgicale  
Chevalier de la Légion d'Honneur*

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il reçoive ici l'hommage de notre reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTE  
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## AVANT-PROPOS

Le sentiment, qui nous a animé dans la rédaction de cet opuscule, mérite — si modeste qu'en soit la forme — d'être exprimé en ces premières pages, car il convient de lui donner par là sa réelle signification et, si nous osons dire, d'exposer très simplement sa véritable raison d'être.

Que vaudraient en effet nos efforts actuels, s'ils ne tendaient pas à manifester à nos maîtres la reconnaissance, qu'ils nous inspirent, et si, leur rendant en quelque sorte un peu de ce qu'ils nous ont donné, nous n'avions pas pour but unique — dans la présentation de cette thèse — de leur démontrer que leur enseignement et leur judicieuse bonté ont porté leurs fruits ?

Jeune néophyte nous avons reçu à la Faculté de Montpellier l'enseignement théorique qui éclaire et domine la pratique médicale puisqu'il tire de celle-ci les conclusions qu'elle comporte et permet seul d'y accéder utilement.

Héritiers d'une longue et remarquable tradition qu'ils perpétuent en l'accroissant, nos Maîtres de la Faculté ont été à nos yeux la vivante image du progrès incessant de la science qu'ils possèdent.

L'hommage déferent, que nous leur adressons, associe sans les confondre ni les diminuer l'idée d'un immense savoir, celle d'une humanité compréhensive et indulgente et le souvenir d'années de jeunesse vivifiées et agréablement remplies.

Aussi bien devons-nous à ces premières et substantielles acquisitions l'heur d'avoir, par notre admission à l'internat des Hôpitaux d'Avignon, pu acquerrir, dans la ville même

où nos affections familiales donnent à notre amour de la médecine un sens intime et profond, l'expérience pratique qui nous manquait.

Nos sentiments de gratitude pour nos Maîtres de l'Hôpital Sainte-Marthe, trouvent donc ici leur place, mais ils sont nourris d'une si amicale admiration, ils se sont forgés en tant de rencontres et sont nés parfois en des époques relativement si lointaines que nous n'avons jamais senti aussi cruellement la faiblesse de nos moyens d'expression.

La brusque disparition de feu le docteur Pansier, dont on ne saurait dire qui l'égalait en lui de la science ophtalmologique ou de la franche et cordiale simplicité, et dont nous nous faisons un devoir de parler en tout premier lieu, nous a particulièrement attaché au souvenir que nous avons conservé de son service.

L'immense bonté du docteur Pons est à la mesure de l'utilité de ses préceptes et de la sympathie qu'on lui porte.

Philosophe et métaphysicien le docteur Henri Michel-Béchet nous a enseigné aristocratiquement la médecine générale.

Observateur minutieux et passionné, le docteur Lesbros nous a initié sans détour aux attrayantes précisions de la neurologie.

Aussi fêru de médecine infantile que de classique antiquité, le docteur Barre nous a appris qu'Hippocrate aurait pu être le frère de Phidias.

Digne successeur d'un père éminent le docteur Montagard fut notre ami plus que notre maître, mais ses leçons ne nous furent pas pour cela moins profitables.

La technique exacte et sûre du docteur Henriet, dans le service d'obstétrique, est riche d'enseignements précieux.

Notre séjour aux côtés du docteur Charlet nous a permis d'éprouver personnellement tout le charme d'une collaboration, dont nous savions de source sûre et depuis de longues années tout l'agrément et toute la solidité.

Le docteur Régis Michel-Béchet unit un atticisme nuancé et subtil à une ampleur culturelle toute romaine. Chirurgien-

gien d'une habileté opératoire exceptionnelle et savant véritable, il sait — dans et hors son service — compléter son enseignement scientifique par des dissertations de tous ordres, où il excelle, car son esprit curieux ne veut rien ignorer et sa sensibilité perspicace pénètre et avive tous les sujets, que son intelligence règle et clarifie. Dominant tous les cas concrets, qui lui sont soumis il sait dégager de chacun d'eux une vérité universelle et forte. Amoureux de toutes les valeurs spirituelles, son contact journalier avec les phénomènes éphémères de l'existence ne l'empêche de concevoir ni le durable ni l'éternel et, prolongeant la vie par ses interventions, il a su employer ses heures de loisirs à construire.

S'il nous est possible de faire disparaître tout ce qu'il y a de conventionnel dans une formule vraie, mais usagée, nous dirons de notre vénéré maître le docteur Tartanson, qu'il fut pour nous l'illustration parfaite et au plus haut point attachante de la maxime, selon laquelle « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme ». Quand la noblesse du cœur se manifeste à ce point dans le domaine de la chirurgie générale, l'interne reçoit de son maître, non seulement de parfaites leçons scientifiques, mais encore et surtout la notion précise de la conscience professionnelle. La rigueur de toutes les disciplines devient alors aimable, puisqu'elle tend à un meilleur accomplissement du devoir, et le sérieux donne à la bonté une signification particulièrement émouvante. Nous osons affirmer et nous proclamons avec un orgueil, dont certains comprendront la joie qu'il nous procure, que le docteur Tartanson nous a tout spécialement découvert la beauté de l'honnêteté scientifique.

Avons-nous su remplir la très agréable tâche, que nous nous étions fixée ?

Ceux qui font l'objet des lignes qui précèdent nous témoigneront de la façon la plus sûre leur compréhension, si, ne mettant pas en doute notre sincérité, ils perçoivent le plaisir que nous avons eu à leur rendre justice.

Nous aurions cependant conscience d'être incomplet si nous n'avions pas, en cette occurrence, une pensée très

cordiale et très affectueuse pour nos camarades de l'internat.

Notre modeste travail s'étant placé à la fois sous le signe de la gratitude et sous celui de l'amitié ils doivent être évoqués ici, et c'est notre plus sûr garant de l'avenir professionnel, qui va s'ouvrir devant nous, que l'unanimité de ce magnifique sentiment, régissant nos rapports avec tous ceux auprès desquels se continuera notre existence.

---

## CHAPITRE PREMIER

# Introduction

Avant 1914, on avait rarement l'occasion dans la métropole, de soigner des dysenteries amibiennes à l'état aigü ; nous ne connaissions guère que les suites éloignées de la maladie, sur les coloniaux qui rentraient en France.

Au cours de la guerre les Médecins Français de l'armée du Levant, ont soigné des quantités d'entérites amibiennes et les chirurgiens ont vu évoluer un certain nombre d'abcès du Foie. Ils sont revenus avec la conviction de l'excellence du traitement par l'emetine de ces affections médicales et chirurgicales.

La répartition géographique de l'amibiase a été profondément modifiée par la Grande Guerre. Ce parasite autrefois exotique est devenu international à la suite du bouleversement mondial de 1914 à 1918.

Les troupes venues de tous les coins du monde ont parcouru notre territoire essaimant ça et là le parasite.

La présence un peu partout en France de troupes coloniales a entretenu, et créé dans l'après-guerre de nouveaux foyers d'infection.

Le Docteur Martin, de Châtel-Guyon et le Docteur Fabre, d'Avignon, ont dressé une liste des agglomérations du Sud de la France ayant en garnison des troupes coloniales.

Les unes abritent des Sénégalais : Toulon, Istres, Nîmes, Sète, Agde, Perpignan, Montauban, Périgueux, Cahors, Bergerac, Castelsarrazin, Tarbes, Mont-de-Marsan.

Les autres, des Nord-Africains et des Indochinois : Aix, Marseille, Arles, Tarascon, Avignon, Orange, Montélimar, Chambéry, Privas, Vienne, Carcassonne, Agen, Auch, Pamiers, Bonifacio.

Le nombre de porteurs de germe que l'on rencontre dans ces dernières garnisons, explique la fréquence de l'amibiase dans le Sud de la France.

Aussi il nous a été donné d'assister dans les services de l'Hôpital Ste-Marthe, en Avignon, à l'évolution, chez des autochtones, n'ayant jamais quitté la Provence, de toutes les formes de cette maladie.

Parmi ces manifestations, il en est une qui a retenu notre attention, c'est l'entérite amibienne avec défense de la paroi intestinale et constitution d'une véritable tumeur.

Nous étudions ce sujet à l'occasion d'un cas de tumeur cœcale que nous avons pu voir évoluer, dans le service de notre maître M. le Dr Tartanson, et dont nous avons publié l'observation in-extenso, dans les « Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale », de Janvier 1938.

---

## CHAPITRE II.

### Observations

Nous commencerons par exposer d'une façon aussi complète que possible, les observations qui servent de base à notre travail. Les dernières ne comportent qu'un diagnostic et quelques notes sur le traitement. Nous regrettons vivement, que nos recherches bibliographiques ne nous aient pas permis de les rapporter de façon plus complète.

..

OBSERVATION N° 1. — F. TARTANSON et L. DULCY (*Cahiers de Pratique Médico-Chirurgicale*, janvier 1938).

D.M..., âgé de 43 ans, dirigé sur notre service de l'Hôpital, le 28 mai 1937, parce que depuis quatre jours il a une diarrhée continue et douloureuse et qu'en outre son médecin traitant a constaté une tuméfaction de la fosse iliaque droite.

C'est un sujet amaigri et dont le thorax est déformé par une scoliose dorsale très prononcée.

La température est à l'entrée de 39° et le pouls régulier, mais rapide.

La fosse iliaque droite est occupée par une tuméfaction du volume d'une orange, de surface régulière à grand axe parallèle à l'arcade crurale ; elle est sonore à la percussion

et légèrement mobile transversalement ; elle est en effet accolée à la fosse iliaque et non point étalée sur elle. Elle présente des bords latéraux nettement tranchés ; sa palpation n'est pas douloureuse.

Les selles sont fréquentes, une dizaine par jour, liquides et spumeuses, jaunâtres et teintées de sang.

Nous rejetons l'hypothèse d'un abcès appendiculaire en évolution, de même que celle d'une tumeur néoplasique compliquée d'entérite infectieuse. Nous penserions plutôt à une tuberculose iléocœcale, d'autant plus que le sujet est très amaigri et que l'auscultation de la base droite révèle la présence de frottements pleuraux.

Toutefois la fréquence et l'aspect des selles sont en faveur d'une diarrhée dysentérique. Nous avons la chance que le malade ait fait autrefois un séjour dans le service de médecine de l'Hôpital. Lui-même se souvient qu'on a parlé alors d'amibes dans les selles et qu'un traitement par l'émétine a été appliqué avec succès.

Son observation indique en effet qu'en 1927, il a été atteint d'une diarrhée rebelle à tout traitement, jusqu'au jour où fut instituée une thérapeutique par l'émétine. Dès la première injection, une amélioration des phénomènes diarrhéiques se produisait et au bout d'une semaine la guérison était presque acquise.

Le malade fit plusieurs séjours à l'Hôpital, au cours desquels divers examens de selles furent pratiqués sans résultat. Mais le 14 novembre 1929, le docteur Gaussen aurait trouvé de nombreuses amibes dysentériques, très mobiles, caractéristiques.

Pratiquée le 1<sup>er</sup> juin 1937 par le docteur Jean Dulcy, dans notre service, cette recherche des amibes dans les selles est restée négative.

Malgré le résultat de cet examen, nous commençons dès le 2 juin un traitement de 12 injections d'émétine, à la dose de 0,04 centigr. par jour avec, en plus, 0,25 centigr. de stovarsol par voie buccale.

Dès la première injection, on note une amélioration de la diarrhée et une atténuation des douleurs. L'état fébrile lui-même est influencé, car la température descend à 38°.

Au cours des jours suivants, nous pourrons assister à la régression progressive de la tuméfaction cœcale.

A l'expiration de 12 jours de traitement, les troubles intestinaux ont complètement disparu et localement on ne perçoit plus qu'un léger épaissement de la paroi cœcale.

Le 27 juillet, le patient quitte le service ; son état digestif est redevenu normal et toute néoformation de la fosse iliaque droite a disparu.

Le 12 septembre, le malade est à nouveau hospitalisé dans nos salles : diarrhée et coliques ont réapparu et à nouveau une tuméfaction s'est constituée dans la fosse iliaque droite. La seule différence avec la première crise c'est que cette fois l'apyrexie est complète.

La palpation est d'autant plus facile que le sujet est très maigre, peu vigoureux et que sa paroi abdominale est très amincie par manque de tissus tant musculaires qu'adipeux.

Grâce à la minceur de la paroi, il semble qu'on va pouvoir saisir à pleine main et extérioriser ce gros cœcum épaissi. Il est en effet, comme nous disions précédemment, logé dans la fosse iliaque, mais non étalé sur elle.

Sous l'influence d'un nouveau traitement à l'émétine et stovarsol associés, nous assistons presque à vue d'œil à la régression de la tuméfaction cœcale : cette régression est déjà très marquée dès le quatrième jour, elle est presque complète le huitième.

Le 20 janvier 1938 le malade quitte le service. Ses fonctions intestinales sont normales.

Une lame de sang montre à la sortie du malade une éosinophilie de 7 %.

Pour la première fois depuis 17 ans, il a des selles moulées.

OBSERVATION N° 2. — FINOCHIETTO et VACCAREZZA :  
*La preuza medica Argentina*, 1920. Tome VII, N° 14, p.  
134-137.

Un homme de 25 ans, paludéen, souffrait depuis une dizaine d'années de troubles mal caractérisés qui, d'abord imputés à un abcès du foie, firent ultérieurement songer à une entérocolite dysentérique assez sérieuse. En 1916, l'apparition d'une tumeur de la fosse iliaque droite entraîna une décision opératoire. La tumeur occupait le cœcum et une partie du côlon ascendant. Résection du bloc malade jusqu'au delà de l'angle hépatique et entéro-transversostomie latéro-latérale. A la suite de cette intervention les troubles intestinaux persistent et le malade revient consulter deux ans plus tard. A ce moment, la rectoscopie et l'examen microscopique des selles permettent de déceler la présence d'amibes et de lésions ulcéreuses caractéristiques. Une cure d'émétine est prescrite, mais le malade, se croyant guéri, abandonne rapidement le traitement. Il revient l'année suivante (1919), accusant toujours des troubles intestinaux sérieux, et, de plus, on constate la réapparition d'une tumeur dans la région de l'anastomose iléo-côlique. Un traitement énergique est alors institué à base d'émétine, bismuth, térébenthine. Suivi pendant un an, le malade s'améliore progressivement, tandis que la tumeur disparaît peu à peu au niveau du flanc droit.

L'examen de la pièce n'a été pratiqué que 3 ans après son extirpation. On constate un épaissement considérable du cœcum, portant essentiellement sur la sous-muqueuse, avec infiltration leucocytaire et formation de follicules par endroits. Au-dessus du cœcum hypertrophié existe un rétrécissement avec une ulcération étendue où la muqueuse a complètement disparu. La présence d'amibes n'a pas, à la vérité, été constatée dans les parois du cœcum malade ; mais l'ancienneté de la pièce en est probablement la cause.

Toutefois, et bien que ce critérium manque, F. et V. ne pensent pas que l'on puisse conclure autrement qu'en

faveur d'une tumeur inflammatoire d'origine amibienne, se basant sur l'histoire du malade, les lésions caractéristiques et la présence d'amibes dans l'intestin terminal, l'éosinophilie marquée (10 p 100), le fait qu'anatomiquement on ne retrouve aucune signature nette de tuberculose ou de syphilis, et enfin que la seconde tumeur a complètement disparu sous l'action du traitement médical.



OBSERVATION N° 3. — SAMBUC et ROUVIER (*Bult. de la Soc. Médico-Chir. de l'Indochine*, janvier 1914).

M. F..., colon, âgé de 45 ans, entre à l'Hôpital de Lanessan le 22 novembre, dans la soirée. Son état général est si mauvais que la mort paraît imminente. Le pouls est rapide, petit, dépressible ; le faciès est grippé. Le malade pousse des gémissements ; il a du délire. L'interrogatoire est impossible : le patient peut seulement dire qu'il est souffrant depuis longtemps et qu'il éprouve des douleurs abdominales, il prononce des paroles incohérentes. Il y a incontinence des matières fécales et des urines, et tendance à l'hypothermie.

Le malade est extrêmement amaigri. L'abdomen est très légèrement ballonné. Il existe dans la fosse iliaque droite une tuméfaction du volume d'une mandarine, douloureuse à la pression et au niveau de laquelle on perçoit une fluctuation profonde. La palpation des autres régions de l'abdomen est peu douloureuse. Mais il existe partout un certain degré de défense de la paroi.

En somme, en l'absence de commémoratifs, le diagnostic qui paraît s'imposer est celui de péritonite localisée d'origine appendiculaire.

Après anesthésie locale, à la cocaïne, nous incisons un abcès pré-cœcal, contenant du pus fluide, d'odeur légèrement fécaloïde. Au fond de la plaie, la paroi antérieure du cœcum présente un aspect noirâtre. L'appendice n'est pas visible. Les solides adhérences qui limitent la poche puru-

lente sont respectées et l'intervention se borne à l'incision d'un abcès péritonéal.

Le malade est soulagé. Il succombe néanmoins dans l'après-midi du 23 novembre.

A l'autopsie, nous avons pu constater que l'appendice n'était nullement en cause ; cet organe était parfaitement sain. En revanche, il existait des lésions étendues et profondes de dysenterie chronique. Du reste, des renseignements que nous avons pu recueillir ultérieurement, il résulte que M. F... était atteint depuis près de trois mois d'une dysenterie qui, faute de soins s'était progressivement aggravée.

Voici le résumé de nos constatations nécropsiques : Cadavre très amaigri. Pas d'ictère. Pas de lésions des organes thoraciques. Le cœur pèse 280 grs. Le poumon droit, 340 grs. ; le gauche 360 gr. L'estomac et l'intestin grêle sont normaux.

Le foyer purulent ouvert chirurgicalement est situé en avant du cœcum. En dedans, il est séparé de la grande cavité péritonéale par le grand épiploon qui, tendu comme une cloison épaisse, adhère au bord interne du cœcum et à la terminaison de l'iléon. La paroi antérieure du cœcum présente une coloration vert-noirâtre, mais il n'y a pas de perforation. L'organe est difficile à isoler en raison des adhérences qui le fixent, en dedans et en dehors, aux tissus voisins, il est de plus, extrêmement friable. La muqueuse cœcale est couverte d'ulcérations dysentériques. L'appendice, situé en arrière du cœcum, est entièrement sain.

Les diverses parties du côlon sont fortement rétractées vers la paroi abdominale postérieure. Le mésocôlon transverse, en particulier, est raccourci. Les angles hépatiques et spléniques du côlon sont intimement adhérents aux organes voisins. La paroi cœlique est épaissie ; elle est très friable. La muqueuse présente une grande quantité d'ulcérations dysentériques, plus particulièrement nombreuses au niveau des angles et dans la partie initiale du côlon ilio-pelvien. Les colonnes du rectum ont un aspect rougeâtre, révélant

l'existence d'une inflammation chronique, mais il n'y a pas d'ulcérations.

Foie : 1450 gr. ; Rate : 250 gr. ; Rein : 110 dr., 120 g.

•\*•

OBSERVATION N° 4. — HUARD, RENUCCI et HIEP (*Bulletin de la Société Médico-Chir. de l'Indochine*, N° 3, Avril 1933).

T...P...C... (Chinois de quarante-cinq ans) entre à l'Hôpital de Lanessan dans la soirée du 23 octobre 1934, pour douleur abdominale d'origine appendiculaire.

Dans les antécédents, on note plusieurs crises de dysenterie avec selles glaireuses et sanglantes. Aucune recherche parasitologique n'a été faite à ce moment. Mais l'action heureuse de l'émétine et l'évolution de la maladie sont en faveur d'une dysenterie amibienne.

De temps en temps : crises douloureuses, dont la première remonte à un an.

Le début est brusque. Le malade éprouve subitement une douleur pongitive à la fosse iliaque droite avec ballonnement du ventre sans trouble diarrhéique. C'est d'ailleurs un fumeur d'opium de longue date, chez lequel la constipation est habituelle. La douleur s'accompagne d'un peu de fièvre. Pas de vomissement, ni de nausée. L'état général est altéré.

A l'examen, ballonnement abdominal et empâtement diffus de la fosse iliaque droite. Le point de Mac Burney est très sensible à la pression. La palpation révèle une légère contracture locale, avec empâtement profond sous forme de tumeur à contours indéterminés. La tumeur occupe toute la profondeur de la fosse iliaque droite et distend la paroi. La consistance est mollassse, pseudo-fluctuante. Du reste, le sujet présente un embonpoint remarquable qui gêne l'examen et enlève toute précision même à la palpation attentive. Pas d'œdème pariétal. Pas de chaleur, ni de rougeur localisée à la zone malade.

En présence de cet empâtement douloureux avec point de Mac Burney, extrêmement sensible, le diagnostic hésite ; typhlo-appendicite, à forme tumorale, et abcès de la F.I.D. à évolution subaiguë (température 38°5). Dans le doute on décide sans faire d'examen radiologique préalable, de faire une incision exploratrice.

Le 24 octobre 1934, sous anesthésie numal-ether ouverture de la F.I.D. le péritoine mis à nu présente des signes d'inflammation (séreuse épaissie). La paroi ne présente pas d'abcès dans son épaisseur. Le péritoine incisé, on se trouve en présence du tablier épiploïque, enflammé scléro-adipeux, en état de volvulus, remplissant la fosse iliaque droite. La cavité péritonéale étant bien protégée, dans des champs stérilisés, on procède à la résection partielle de l'épiploon malade pour avoir jour dans la fosse iliaque droite. Le cœcum est enfoui dans une gangue de néo-tissu inflammatoire fibroïde, friable, et saignant facilement. L'appendice n'est plus reconnaissable dans cette masse inflammatoire à peine organisée. Après débridement minutieux, on arrive à libérer partiellement le cœcum. L'organe est dilaté, à parois épaisses et indurées. Des adhérences très serrées fixent la tumeur au péritoine pariétal, et rendent dangereuse, son extériorisation. La tumeur étant nettement inflammatoire, ni la résection immédiate en un temps, ni l'iléo-transversostomie suivie d'un second temps ne paraissent indiquées chez ce malade. La sagesse paraît être de se borner à fistuliser le cœcum après ablation de l'appendice. Celui-ci est plaqué sur la face inféro-interne du cœcum et confondu presque dans la gangue péricœcale. Sa paroi est épaissie, se déchire facilement. Sa lumière est fortement dilatée et remplie d'une boue sanguinolente.

Appendicectomie et enfouissement du moignon. Mise en place d'une Pezzer dans le cœcum qui est fixé à la paroi après capitonnage épiploïque. Fermeture incomplète de la plaie sur mèches.

A signaler qu'au cours de l'intervention, on n'a jamais rencontré de poche purulente, bien qu'on soit en présence d'un néo-tissu de réaction d'origine inflammatoire récente,

et qu'avant l'opération la palpation ait révélé une tumeur pseudo-fluctuante. Cette tuméfaction et cette consistance s'expliquent en partie par l'énorme masse épiploïque enclavée dans la fosse iliaque droite.

A noter également que l'anse sigmoïde dilatée et allongée (dolichocolon) se promène presque dans la fosse iliaque droite et pourrait gêner l'intervention si on n'avait soin de le refouler au moyen de champs stérilisés qui protègent en même temps la cavité péritonéale.

Les suites opératoires immédiates sont d'abord bonnes et la sonde cœcale donne issue à 500 cm<sup>3</sup>, de liquide stercoral fourmillant d'œufs de tricocéphales, mais ne renfermant pas d'amibes.

Le 25, fièvre (39°5) agitation, pouls rapide (120). Paroi souple. Pas de vomissements ni de signes péritonéaux.

Décès le 26 au soir (sans que la sonde n'ait cessé de bien fonctionner) avec des signes généraux de toxi-infection (dyspnée, délire, agitation).

La famille s'est opposée à l'autopsie.

Des biopsies de l'épiploon et de l'appendice ont été envoyées au Dr Joyeux, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

« Les deux pièces envoyées présentent les mêmes caractères généraux par le fait qu'elles sont constituées par des tissus sphacelés et nécrotiques provenant d'une dégénérescence des organes normaux et de tissus réactionnels frappés de mort ».

« La pièce N° 1, est formée au centre par un appendice encore reconnaissable, quoique très nécrosé, et une gangue périphérique inflammatoire (péritonite) chronique. Il est possible que le cœcum soit intéressé également.

« La pièce N° 2 représente une tumeur hyperplasique de réaction chronique d'un organe membraneux (épiploon, mésentère) en dégénérescence flaculaire. Au milieu des figures nombreuses et diverses que comporte ordinairement toute tumeur de ce genre, on aperçoit des débris de mu-

queuse du type intestinal qui semblent en voie de résorption sans montrer de figures inquiétantes. On est en droit de penser que l'appendice, lésé depuis longtemps, oblitéré sur une partie de son trajet, a réagi, dans son extrémité, distale par un sphacèle, de la paroi et une ectasie de sa muqueuse. Le péritoine aurait alors tenté une phagie de tous ces corps septiques par une formation tumorale hyperplasique.

« Diagnostic : Nécrose de l'appendice. Tumeur hyperplasique réactionnelle du péritoine ».



OBSERVATION N° 5. — GAMINARA : *Les Dysenteries dans l'Uruguay* (Annal. de la Fac. de Montevideo, T. III, 1918). (Rapportée par Huard, Hiep et Renucci).

Gaminara a pris une amibiase cœcale pour une tuberculose et exclut cette tumeur à l'aide d'une anastomose intestinale.

L'erreur ayant été reconnue, un traitement émétinien fut institué et l'opéré s'améliora rapidement.

Deux ans plus tard, une nouvelle tumeur survint sur la cicatrice d'anastomose. On extirpa la tumeur, et le malade guérit par le traitement ipeca émétine.

Un autre cas, vu par le même Gaminara, aurait été guéri médicalement, grâce aux enseignements du cas précédent.



OBSERVATION N° 6. — LUIS URRUTIA. (*Traité des Mal. de l'Intestin*), Madrid 1921.

Aucun renseignement sur ce cas qui est cité par Lasnier.

---

### CHAPITRE III

## Etiologie et Pathogénie

Etant donné le nombre considérable de dysenteries que nos médecins coloniaux ont l'occasion de soigner, on est frappé par la rareté relative des tumeurs inflammatoires du cœcum d'origine amibienne.

Ils n'auraient certainement pas laissé passer cette variété sans la publier, s'ils avaient eu l'occasion de la voir. Nous n'avons en effet trouvé que cinq observations dans la littérature étrangère et la littérature exotique.

Si on examine ces différentes observations, on constate que ce sont toujours des hommes qui sont atteints. En ce qui concerne l'âge, tous sont des adultes : 43 ans pour notre malade ; 25 pour le cas de Finochetto et Vacarezza ; 45 pour le colon de Sambuc et Rouvier ; le Chinois de Huard, Hiep et Renucci a également 45 ans ; Gaminara ne précise pas l'âge de son malade.

Ces hommes avaient vécu dans des régions dans lesquelles l'amibiase existe à l'état endémique, à l'exception du nôtre : l'un avait vécu en République Argentine, deux autres en Indochine, et l'autre en Uruguay ; mais tous avaient indiscutablement des antécédents dysentériques, vérifiés par la présence d'amibes dans les selles ou par l'action heureuse du traitement émétinien.

Nous n'insisterons pas sur la façon dont l'amibe se propage et infecte le sujet ; peu nous importe le processus

de contamination, qu'il soit direct par le rectum, ou kystique par la bouche ; ce qui nous intéresse, ici, et ce que nous retiendrons, d'après les données anatomiques, c'est la prédilection du parasite pour les régions où il y a stagnation des matières fécales. En effet, les régions du tube digestif généralement touchées sont : le cœcum, les angles coliques, le colon transverse, le colon sigmoïde et l'ampoule rectale.

Il est intéressant de constater que ce sont là les régions que frappe également le cancer : l'intestin grêle présentant une sorte d'immunité naturelle ; peut-être, justement en raison de la rapidité avec laquelle il est traversé par le chyme intestinal.

L'évolution doit se faire lentement, c'est ce qui explique que tous ces malades aient un long passé entérique.

Ces formes tumorales sont des manifestations de la résistance du sujet vis-à-vis de la maladie. Elles sont dues à un épaissement par réaction de défense de l'intestin contre l'attaque de l'amibe qui se fait par voie muqueuse.

---

## CHAPITRE IV

# Anatomie Pathologique

L'amibe dysentérique a une affinité particulière pour la muqueuse intestinale. L'ulcération est la lésion anatomique immédiate. De là, le parasite va cheminer lentement à travers la paroi colique.

Il semble que cette progression soit peu rapide ; en effet, les cas de péritonite généralisée, consécutive à une perforation amibienne sont très rares. M. S. LUCAS CHAMPIONNIERE en rapporte deux cas ; cependant : « il semble, dit-il, que les agents de la dysenterie, ne se plaisent qu'au niveau de la muqueuse et que les lésions extra-muqueuses soient produites par des agents migrants vieillis et fatigués ».

Ce peu de virulence de l'amibe pour tout ce qui n'est pas muqueuse, permet à l'organisme de réagir contre la marche de cette dernière vers le péritoine.

L'étude des examens histo-pathologiques permet effectivement de constater que dans tous les cas relatés plus haut, c'est la réaction de défense qui dominait.

La pièce, prélevée par Finochietto et Vaccarezza (obs. 2) montrait « un épaissement du cœcum considérable, portant essentiellement sur la sous-muqueuse, avec infiltration leucocytaire et formation de follicules par endroit ».

Au cours de l'intervention pratiquée chez le Chinois de Huard, Hiepp et Renucci (obs. 3), ces auteurs signalent

« qu'ils n'ont jamais rencontré de poche purulente, bien qu'ils soient en présence d'un tissu réactionnel d'origine récente ».

Mais c'est M. Eugène Lasnier, de Montevideo, qui a donné de ces tumeurs inflammatoires du cœcum, l'étude histo-pathologique la plus complète. Ses descriptions, en 1918 et en 1926 portent, la première fois sur deux cas ; la deuxième fois sur trois cas de tumeurs coliques d'origine amibienne. Parmi les trois pièces examinées par lui en 1926 se trouve celle extirpée par Gaminara (obs. 5).

Lasnier avait trouvé dans ces tumeurs des amibes. Voici les renseignements qu'il donne à leur sujet :

« *Aspect macroscopique* : Ces tumeurs, d'aspect assez  
« semblables, diffèrent seulement en extension et en pro-  
« fondeur. A la coupe, on voit que ces tumeurs sont cons-  
« tituées par un épaissement de la paroi intestinale, fi-  
« breuse, lardacée, de couleur blanc nacré, brillante, de 2  
« à 3 cm 5, d'épaisseur. Les diverses tuniques intestinales  
« se confondent et c'est seulement en quelques points qu'il  
« est possible de reconnaître la musculuse, qui tend à  
« disparaître dans l'épaisseur du tissu fibreux qui forme  
« la paroi.

« Entre les fibres conjonctives, on trouve de petits et  
« nombreux îlots arrondis, blanchâtres, qui sont des folli-  
« cules lymphoïdes hypertrophiés. Vers la surface interne  
« ulcérée et sans muqueuse, on remarque soit des régions  
« lisses, brillantes et nacrées, soit des régions fines et gros-  
« sièrement bourgeonnantes, soit des cavités, triangulaires  
« et arrondies, d'un contenu trouble, opaque, nécrotique.

« La séreuse péritonéale, même dans les zones où il y  
« a des adhérences fibreuses, est lisse, brillante.

« La surface péritonéale est irrégulière, avec des parties  
« saillantes, lisses, et contenant de la graisse.

« La cavité des tumeurs est de dimension variable ».

*Aspect microscopique.* — Considérées histologique-  
ment, ces trois tumeurs sont aussi semblables : donc se  
répètent les mêmes caractères de constitution.

Suit la description de trois fragments prélevés, l'un dans la zone interne, l'autre dans la zone moyenne et un autre dans la zone externe ou séreuse.

Dans la première coupe, on observe surtout une mortification et une cicatrisation de la muqueuse.

La zone moyenne montre essentiellement une réaction conjonctive avec une très importante infiltration par les éosinophiles.

Enfin, la zone séreuse ou sous-séreuse réagit en formant une coque presque cicatricielle.

Aux environs de la région malade, l'examen de la muqueuse intestinale montre un épithélium glandulaire altéré et dégénéré, en caryorhexie et en picnose. On trouve un grand nombre d'amibes entre l'épithélium et le connectif, et dans l'épaisseur de ce dernier, au voisinage de la glandulaire.

Ces constatations qui concordent avec celles des auteurs précédemment cités, peuvent se résumer en deux points essentiels :

I. — Les tumeurs sont des poches à parois fibreuses, dues à une hypertrophie de la paroi colique et communiquant de façon plus ou moins large avec la paroi intestinale.

II. — Histologiquement, ces tumeurs sont formées par un tissu cicatriciel qui n'est autre qu'une réaction hypertrophique de défense contre le processus de nécrose à répétition de la dysenterie.

Ce tissu qui se substitue peu à peu au tissu musculaire et à la sous-muqueuse serait banal sans l'abondance des amibes dysentériques qu'il renferme et qui permettent d'établir un diagnostic certain.

L'appendice est-il lésé et quel rôle joue-t-il dans les complications de l'amibiase ? Cette question a été étudiée par de nombreux auteurs et ne paraît pas aujourd'hui avoir été tranchée.

Cependant que certains auteurs comme Degorce et Augé établissent une relation très nette entre l'amibiase

et l'appendicite, d'autres comme Sambuc et Rouvier, nient tout rapport entre les deux affections.

On est même allé jusqu'à parler d'un véritable antagonisme entre l'appendicite et la dysenterie.

Nous pensons avec M. M. Lucas-Champonnière que l'association Ptose+Fibrose péritonale peut avoir une certaine influence sur l'évolution aux colonies de l'appendicite, sans toutefois provoquer de crises typiques.

L'examen histologique de la plupart des appendices prélevés au cours d'intervention pour tumeurs inflammatoires d'origine amibienne, montrait d'ailleurs de très nettes manifestations réactionnelles chroniques ou sub-aigües.

En somme, il semble résulter des observations des auteurs, que les localisations amibiennes sur l'appendice, sont plutôt l'exception et que, au cas où elles existent, elles n'ont fait qu'accompagner des lésions beaucoup plus importantes de la paroi du cœcum.

---

## CHAPITRE V

# Etude Clinique - Evolution

*Etude Clinique.* — L'affection a un début lent et progressif. La première manifestation de la maladie est toujours la dysenterie amibienne.

Elle débute par un léger embarras gastrique, avec fatigue et diarrhée. La fièvre dépasse rarement 38° ; peu à peu, le mucus est visible dans les selles qui deviennent plus fréquentes ; le ténesme et les épreintes apparaissent et en huit jours, le syndrome dysentérique se trouve constitué.

A ce moment là, il y a 10 à 30 selles diarrhéiques par jour ; ces selles sont alcalines, renferment des amibes, des hématies, des leucocytes et surtout des éosinophiles. L'inoculation dans le rectum du jeune chat est positive. De plus, dès ce moment on constate, à l'examen du sang du malade une importante éosinophilie. Le taux d'éosinophiles qui était normalement de 1 p. 100 va progressivement augmenter jusqu'à atteindre plus de 10 p. 100.

Dans notre cas, le malade avait fait deux séjours déjà dans un service de médecine de l'Hôpital Sainte-Marthe ; au cours de l'un d'eux des amibes avaient été trouvées dans ses selles (Docteur Gaussen, 14 novembre 1929).

Le malade de Finochietto et Vaccarezza avait souffert pendant dix ans de troubles digestifs ; mais le diagnostic de l'affection dysentérique, par la découverte d'amibes et

le traitement d'essai fut seulement fait après l'intervention chirurgicale.

L'interrogatoire du malade de Sambuc et Rouvier était impossible, en raison de la gravité de son état général. Mais, par la suite, ces auteurs ont appris que leur opéré était atteint de dysenterie aigüe depuis plus de trois mois.

L'heureux résultat du traitement émélinien avait fait faire le diagnostic de dysenterie amibienne chez le Chinois de Huard, Hiepp et Renucci.

*Période d'Etat.* — Le malade présente un état général altéré ; il a de la fièvre : 39°, 38°5 ; parfois, il est hypothermique et adynamique. Il existe le plus souvent une persistance de la diarrhée avec selles spumeuses et aérées, contenant des amibes, des hématies et des leucocytes éosinophiles. Il n'y a pas de vomissements ni de nausées. Localement, on constate à la palpation, la présence d'une tumeur de la région cœcale, indépendante de la paroi abdominale, régulière de forme et parfois sonore. Cette masse est fixée dans le sens vertical mais mobilisable latéralement ; elle peut être douloureuse à la pression. Le volume de la tumeur est variable ; dans notre cas, elle avait sensiblement le volume d'une mandarine ou d'un poing d'homme. Celles examinées par Lasnier avaient respectivement :

15cm × 10. . . . . 7cm × 5 × 6. . . . . 11 × 7,5. . . . .

Leur consistance est dure, de telle sorte que la plupart du temps, elles ont été prises pour du cancer. Dans les cas de Sambuc et Rouvier, d'une part, et Huard, Hiepp et Renucci, d'autre part, il semble que la consistance pseudo-fluctuante observée par ces auteurs soit due à la réaction épiploïque péri-cœcale.

*Evolution.* — L'évolution est fonction du traitement. Dans les cas où le diagnostic a été fait, on assiste comme chez notre malade, à une amélioration des symptômes locaux et généraux. Localement, la régression de la tumeur

est assez rapide ; la première injection d'émétine amène déjà une sédation des phénomènes douloureux ; petit à petit, la masse va fondre sous l'action du traitement spécifique. Parallèlement, on observe une modification de l'état général et en particulier, l'arrêt de la diarrhée dysentérique ; mais l'effet magnifique de l'émétine ne devra pas leurrer le malade ; Finochietto et Vacarrezza, Gaminara et nous-mêmes avons constaté des récidives dans les cas heureux.

Mais parfois, les complications surviennent avant que le traitement ait pu être institué et on se trouve alors en présence d'une tumeur avec phénomènes inflammatoires, plus exactement d'une « tuméfaction de la fosse iliaque droite ». Ici, l'inflammation a gagné vers la périphérie ; il y a adhérence à la paroi abdominale, empâtement, constitution d'un gâteau. Il existe des points ramollis, pseudo-fluctuants. A ce stade, les dimensions de la tumeur peuvent amener des phénomènes d'occlusion, succédant à la diarrhée.

L'état général s'est également aggravé, la fièvre s'est élevée, le pouls s'est accéléré. On trouve des manifestations péritonéales, telles que le ballonnement et la défense de la paroi, et les malades sont rapidement emportés, le plus souvent au cours ou à la suite d'une intervention chirurgicale.

---



## CHAPITRE VI

# Diagnostic

Le diagnostic positif se fera essentiellement sur la connaissance des antécédents, parce que l'affection elle-même ne présente aucun caractère particulier ; on devra donc chercher dans l'histoire du malade, s'il a présenté des épisodes dysentériques catalogués ou non, s'il a vécu aux colonies. En l'absence de commémoratifs, on devra rechercher avant tout l'amibe et ses kystes dans les selles du malade, mais cette recherche est extrêmement difficile et surtout incertaine. Un examen négatif ne devra pas faire écarter le diagnostic de dysenterie amibienne. Il faudra répéter les analyses de selles et même tenter l'inoculation dans le rectum du jeune chat.

Nous ne les avons pas trouvés dans notre cas, et cependant cet examen avait été antérieurement positif.

Un excellent signe de présomption est l'examen du sang qui présente toujours une leucocytose avec éosinophilie. Le taux de cette éosinophilie est généralement de l'ordre de 7 à 20 p. 100 ; mais nous l'avons vu, dans un cas récent d'abcès du foie que nous avons eu l'occasion d'examiner, atteindre 45 p. 100 au lieu de 1 p. 100 dans les cas normaux.

Mais le critérium le plus certain est constitué par le traitement d'essai. La rapidité de l'action par l'émétine permet de confirmer les présomptions apportées par les antécédents et la formule sanguine. Le Professeur OLMER, de

Marseille, a montré la valeur diagnostique du traitement émétinien qui présente un minimum de contre-indication et devra être essayé en cas de doute.

Le diagnostic différentiel variera suivant que le malade sera à la période de tumeur ou à la période de tuméfaction.

a) *Période de tumeur.* — On pensera d'abord au cancer du cœcum ; la localisation ne donne aucune sorte de précision. En faveur du cancer, il y aura : l'absence d'antécédents dysentériques, les alternatives de diarrhée et de constipation ; les trainées de sang sur les selles, plutôt que les selles spumeuses et aérées. La tumeur, à la palpation, plus dure et plus irrégulière. Enfin l'aspect général du malade, avec son teint jaune paille et son anémie.

La tuberculose du cœcum a été confondue avec l'amiabiose. Gaminara, croyant à un tuberculôme, avait opéré son malade ; cependant, cette dernière affection frappe généralement des adolescents, indistinctement garçons ou filles. La diarrhée des tuberculeux est plus liquide. Il existe le plus souvent des antécédents de péritonite bacillaire, des localisations pleuro-pulmonaires ; la fièvre a un type particulier, à oscillations, souvent du type inverse. Mais ici, toujours aucun signe de certitude.

Il ne faut pas négliger la typhlite chronique qui peut donner, soit une péricolite membraneuse (Jackson et Hofmeister, P. Duval-Lenormant), soit même des tumeurs inflammatoires (Trémollière et Caussade). Mais ici, la douleur est constante ; le malade, « déprimé par ses malaises, hanté par l'idée d'appendicite, palpe à tout instant sa fosse iliaque droite et comme la défécation réveille ses douleurs, il s'abstient d'aller à la selle ». Le principal signe est la dilatation du cœcum ou typhlatonie, due à un mélange de gaz et de matières.

Enfin, on trouve le signe de Rosving, qui consiste dans la douleur provoquée par le reflux du colon transverse dans le cœcum.

La syphilis du colon, extrêmement rare, doit cependant être citée pour mémoire ; son diagnostic sera fait par

la connaissance d'antécédents, les réactions sérologiques et l'action efficace du traitement spécifique.

Enfin, il existe des cas de tumeurs bénignes du cœcum, telle que les lipomes ou myxomes. Faure et Desplats ont relaté une observation de fibrome du colon opéré par eux.

b) *Période de tuméfaction.* — L'affection revêt le type abcès appendiculaire, et d'ailleurs, la plupart des cas opérés, l'ont été avec ce diagnostic ; même à ventre ouvert, il est difficile de différencier l'une de l'autre ces deux inflammations. Mais ici, le début est plus brusque, la douleur plus localisée, la diarrhée exceptionnelle ; les appendiculaires étant presque toujours des constipés. La température est plus élevée, le pouls plus rapide ; enfin, la crise est survenue le plus souvent récemment, chez un sujet bien portant ; au contraire, chez le dysentérique, une longue période de diarrhée a précédé l'apparition de la tuméfaction iliaque.

Il faut également citer la péritonite tuberculeuse circonscrite de la fosse iliaque droite. M. Sauve a décrit un procédé ingénieux de diagnostic radiologique.

« Ce procédé consiste simplement à repérer extérieurement la tuméfaction par un fil métallique malléable, en plomb de préférence, qui en épouse exactement les contours, et, aussitôt après, à remplir le cœcum de bouillie opaque. La radiographie prise, il est facile d'observer, sur la plaque les rapports de l'ombre du repère métallique et de l'ombre cœcale. Deux cas peuvent, dès lors se présenter :

« 1° L'ombre du repère métallique est nettement en dehors de l'ombre cœcale ou ne la touche que par une faible part de sa circonférence ; ici, pas de discussion, il ne s'agit pas de tumeur cœcale, pas plus de néoplasme que de tuberculose. Dans mes neuf observations il s'agissait d'une sorte de phlegmon ligneux, vraisemblablement d'origine appendiculaire, et qui a guéri.

« 2° L'ombre du repère métallique est inscrite dans l'ombre cœcale ou la touche par la plus grande partie de sa circonférence ; dans ce cas, on ne peut éliminer l'appen-

dicite, mais il s'agit généralement d'une tumeur, néoplasme ou tuberculose, du cœcum.

Dans l'actinomycose, il y a de la cyanose de la peau et des tissus ; la ponction des points ramollis ramènera les grains jaunes caractéristiques.

Enfin, la gomme syphilitique ulcérée qui ne présente pas de fièvre et dont le diagnostic sera fait par les antécédents, la sérologie et le traitement d'essai par l'iodure.

## CHAPITRE VII

# Pronostic

Le pronostic est fonction d'un diagnostic rapide, si on a la chance, en présence d'une tumeur de la fosse iliaque droite, de poser un diagnostic étiologique en faveur de la dysenterie, on pourra en quelques semaines améliorer et même guérir le malade, sans lui faire courir aucun risque chirurgical.

L'émétine est un traitement merveilleux qui a toujours enthousiasmé ceux qui ont eu recours à lui, dans des cas nettement indiqués. Malheureusement, cette indication thérapeutique n'a jamais été posée en temps voulu et notre observation est la seule que nous ayons trouvée où la guérison ait été obtenue de la sorte. Mais même appliquée tardivement, après un traitement chirurgical, l'émétine aura encore l'avantage de remonter l'état général du malade et d'éviter les récidives. En effet, le malade ne doit pas être perdu de vue après la disparition de sa tumeur, alors même qu'on le croit guéri, une récidive est toujours possible. Bien traitée, cette récidive doit disparaître de même, mais il serait utile que le malade fasse de temps en temps une cure d'émétine.

---



## CHAPITRE VIII

# Traitement

La découverte par Pelletier et Magendie, de l'émétine dans la racine l'ipécacuanha, et les travaux de Rogers en 1912, ont donné, à l'arsenal thérapeutique un agent très actif contre l'amibe. L'action spécifique de ce médicament est telle qu'elle permet de faire le diagnostic, par la rapidité de son action.

Elle est employée sous forme de chlorhydrate, soluble dans l'eau et en injection sous-cutanée. On administrera aussi 4 à 6 centigrammes par jour, pendant douze jours. On ne devra pas dépasser un gramme par cure.

L'ipéca, très riche en émétime (72 p. 100) peut être utilisé, suivant la méthode brésilienne.

On associera au traitement éméтинien le stovarsol, sel organique d'arsenic, qui détruit à la fois les amibes et les kystes. On en donne, pendant 10 jours, deux comprimés à 25 centgrs. Le traitement sera autant que possible mixte et renouvelé tous les trois à six mois pour éviter les récurrences.

Enfin, Guiard conseille de lutter contre la flore parasitaire, qui est si souvent associé à l'amibe et qui favorise la formation de lésion inflammatoire, tel le tricocéphale, dans le cas de Huard, Hiepp et Renucci.

Quant au traitement chirurgical a priori, il ne semble plus guère indiqué ; faire courir un risque opératoire au

malade pour enlever une tumeur amibienne ne peut être que la conséquence d'une erreur de diagnostic.

Le traitement peut seulement se limiter à l'ouverture d'un abcès rebelle à la thérapeutique médicale ou si persistaient des phénomènes d'occlusion intestinale.

---

## Conclusions

1° L'amibiase autrefois à peu près inconnue en France, s'y manifeste actuellement assez fréquemment et en particulier dans notre région provençale.

2° Parmi toutes les manifestations de la dysenterie amibienne, nous avons retenu la forme d'entérite inflammatoire avec réaction défensive de la paroi et constitution d'une véritable tumeur intestinale.

3° Anatomiquement, l'inflammation partie de la surface muqueuse gagne peu à peu en profondeur à travers les parois de l'intestin. On y constate une réaction hypertrophique de défense contre le processus de nécrose à répétition de la dysenterie.

4° Au point de vue clinique l'affection se présente à deux stades :

a) Avec tous les caractères d'une tumeur intestinale nettement délimitable ;

b) Avec une réaction péritonéale et empâtement de la fosse iliaque droite.

L'évolution se fait de façon progressive et avec des poussées successives.

5° Le diagnostic étiologique est fort difficile. Il n'existe dans les signes présentés par la tumeur aucun qui soit pathognomonique. Le diagnostic se fait donc surtout par la connaissance de troubles dysentériques antérieurs et par l'action presque spécifique du traitement par l'émétine.

6° Le pronostic est donc avant tout fonction d'un diagnostic précoce puisque un traitement médical institué en temps voulu doit amener la guérison. Il faut signaler la

possibilité de récides d'où nécessité de nouvelles injections d'émétine.

7° Un diagnostic précoce évitera des interventions chirurgicales toujours graves et d'ailleurs à peu près inutiles, puisque même après elles il faudra recourir au traitement par l'émétine.



Vu : *Le Doyen,*  
EUIZÈRE.

*Vu et permis d'imprimer :*  
Montpellier, le 11 Juillet 1938.  
Le Recteur,  
PARISELLE.

## BIBLIOGRAPHIE

- AUGÉ et DEGORCE. — Appendicite perforante au cours d'une dysenterie aiguë (*Bull. Médical de l'Indochine Française*, année 1908, p. 176).
- DEGORCE et MOUZEL. — Absès dysentérique du colon iliaque (*Bull. de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine*, 1912, p. 150).
- FINOCHIETTO et VACCAREZZA. — Tumeurs inflammatoires du cœcum d'origine amibienne (*La penza medica Argentinale*, 1920 ; *Journal de chirurgie* 1921, p. 512).
- HUARD P. — Aspect chirurgicaux de l'amibiase cœco-colique (*Marseille-Médical*), 15-11-1933.
- HUARD, HIEPP et RENUCCI. — Quelques cas de tumeurs inflammatoires cœco-colique (*Bull. de la Société Médico-Chirurgicale d'Indochine* N° 3, Avril 1935, p. 302-320).
- KORTE (Berlin). — Tumeurs inflammatoires de l'intestin (*Archives, Für, Klinische Chirurgie* 1921).
- LASNIER. — Tumeurs infl. du colon d'origine amibienne (*Revue de Chirurgie*, 1936).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Sequelles chirurgicales des entérites dysentériques (*Bull. de la Société Pathol. exotique*, 1925).
- O. OLMER, J. OLMER et AUDIER. — L'émétine dans les Absès pulmonaires amibiens (*Arch. de Méd. générale et coloniale*, Marseille 1937, N° 2).
- PETRIDIS (Pavlos). — Traitement chirurgical de la dysenterie et de ses complications locales. (*Rapport au III<sup>e</sup> congrès loc. an. de la Soc. Médico Egypt.* 1930).
- P. MARTIN. — Les colites amibiennes (*Maloine, Paris* 1926).
- SAMBUC et ROUVIER. — Absès precœcal d'origine dysentérique simulant une appendicite suppurée (*Bull. de la Soc. Méd. Ch. d'Indochine*, 1914).
- SAUVÉ. — Les fausses tumeurs infl. de la région cœco-app. et leur diagnostic (*Société Nationale de Chirurgie*, 1925, p. 638).
- F. TARTANSON et L. DULCY. — Tumeurs inflammatoires du cœcum et dysenterie (*Cahiers de pratique Médico-Chirurgicale*, Avignon, Janvier 1938).



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| AVANT-PROPOS .....                    | 9  |
| I. — Introduction .....               | 13 |
| II. — Observations .....              | 15 |
| III. — Etiologie et Pathogénie.....   | 25 |
| IV. — Anatomie Pathologique.....      | 27 |
| V. — Etude clinique. — Evolution..... | 31 |
| VI. — Diagnostic .....                | 35 |
| VII. — Pronostic .....                | 39 |
| VIII. — Traitement .....              | 41 |
| CONCLUSIONS .....                     | 43 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                   | 45 |







